

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2017 / 2018

**Plan de cuidados paliativos por Enfermería a una paciente con
cáncer de cérvix en el final de la vida.**

*Nursing Palliative Care Plan for a terminal cervix cancer patient at the end
of life.*

Autor/a: Marta López Delpón

Director/a: María Luisa de la Rica

ÍNDICE

	PÁGINA
1.1 RESUMEN.....	3
1.2 ABSTRACT.....	4
2 INTRODUCCIÓN	5-9
3 OBJETIVOS	9
4 METODOLOGÍA	10, 11
5 DESARROLLO	12,13
6 VALORACIÓN.....	14
7 DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PLANIFICACIÓN	15-26
8 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.....	26
9 CONCLUSIONES.....	27
10 BIBLIOGRAFÍA.....	28-31
11 ANEXOS.....	32-36

1.1 RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La fase avanzada de una paciente con cáncer de cérvix caracteriza por presentar unos síntomas y necesidades específicas. Los profesionales enfermeros deben ser capaces de trabajar de manera individualizada en cada paciente y atendiendo a las diferentes dimensiones: social, familiar, emocional y física.

OBJETIVO:

Realizar un plan de cuidados dirigido a una paciente oncológica en fase avanzada en su domicilio, con la atención coordinada entre el EAP y los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

METODOLOGÍA:

Realización de una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas, así como de un Plan de Cuidados Enfermero enfocado a una paciente con cáncer de cuello de útero y a las necesidades que presenta en la etapa avanzada de la enfermedad. Para su desarrollo se ha utilizado la taxonomía NANDA Internacional (2013), resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

CONCLUSIONES:

- La planificación en Cuidados Paliativos puede variar en un corto plazo de tiempo ya que el estado del paciente es cambiante y, por lo tanto, los objetivos también se modifican
- Es de una gran importancia la integración del cuidador principal, así como su valoración, tanto como la de la paciente.
- Enfermería debe conocer la fase de la enfermedad en la que se encuentra la paciente y atender a las diferentes dimensiones.

PALABRAS CLAVE:

Cuidados Paliativos, Cáncer de Cérvix, Cáncer de Útero, Final de la Vida

1.2 ABSTRACT

INTRODUCTION:

Patients with Cervix Cancer in advanced stage are characterized by some specific symptoms and necessities. Nurses should be able of working in an individualized way with each patient and taking advantaged of different aspects: social, familiar, emotional and physical.

OBJECTIVE:

Making a care plan for an oncologic patient at advanced stage at her home, counting with coordinated assistance between Primary Healthcare and Homecare Support Teams.

METHODS:

Review on different scientific databases and making a Nursing Care Plan focused on a cervix cancer patient and the necessities that she presents at the advanced stage of the illness.

For its development, it has been used International NANDA taxonomy (2013), results (NOC) and interventions (NIC).

CONCLUSIONS:

- Planning on Palliative Care can change in short time because patient's state is changeable, therefor objectives are modified too.
- Integration of main carer is very important, just like his valuation as the patient's one.
- Nurses must know the illness' stage of the patient and attending to different dimensions.

KEYWORDS:

Palliative Care, Cervix Cancer, Uterus Cancer, End of Life.

2. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino se origina en las células que revisten el cuello del útero o cérvix uterino. Las células normales del cuello uterino se pueden llegar a transformar gradualmente en estadíos precancerosos, debido a diferentes factores de riesgo como la infección del Virus del Papiloma Humano, el tabaquismo, la inmunosupresión, sobrepeso o antecedentes familiares, entre otros ^(1,2).

Los síntomas más severos suelen aparecer en la fase avanzada-terminal de la enfermedad. Una mujer puede tener cáncer de cuello uterino durante años antes de desarrollar los síntomas más severos. La aparición de estos síntomas que, junto con la progresión de la enfermedad y deterioro del enfermo pueden agravar el estado del paciente, pueden ocurrir debido al bloqueo de uréter (insuficiencia renal) o por hemorragia vaginal severa (anemia) ^(1,2).

Las mujeres con cáncer de cuello uterino pueden presentar diversos síntomas sobre los que los profesionales sanitarios deben incidir, especialmente en los cuidados. Estas mujeres, como síntomas iniciales, pueden experimentar flujos vaginales acuosos, amarillentos, con sangre o de olor fétido. Además, las relaciones sexuales o actividades muy extenuantes pueden provocar hemorragias vaginales ^(1,2,3).

En fases más avanzadas, puede observarse hinchazón severa sin dolor (linfedema) en las extremidades inferiores, así como deshidratación o pérdida de peso y emaciación. Como consecuencia de estar encamadas o tomando medicamentos opioides, también pueden presentar estreñimiento ^(1,2).

Uno de los síntomas más importantes en las mujeres con cáncer de útero es la debilidad y fatiga, las cuales pueden estar provocadas porque la paciente no está comiendo lo suficiente; además, es muy común en mujeres que han recibido tratamiento de radioterapia ^(1,2,4).

Enfermería debe trabajar sobre esta fatiga y ayudar a aumentar el nivel de energía de la mujer mediante técnicas como asegurarse de que obtenga el

descanso adecuado, incentivarla a que consuma alimentos que le gusten, ayudarla a moverse, caminar, así como puede requerir en fases avanzadas, la prescripción de corticoides con el objetivo de disminuir la astenia y la anorexia ^(2,4,5).

Por último, el síntoma más importante a tratar y más característico de las últimas fases de cáncer de cérvix es el dolor ^(3,4,5).

El dolor es un síntoma provocado por la progresión de la enfermedad, por tanto, puede estar presente en todas las etapas de la enfermedad, y principalmente en la fase final de la vida. A medida que la enfermedad evoluciona, la mujer puede experimentar más dolor y es necesario en la mayoría de casos un ajuste de dosis, cambio de fármacos necesitando analgésicos opioides pertenecientes al tercer escalón de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), e incluso, en ocasiones, una rotación de estos opioides ^(3,4,5).

La atención paliativa del dolor se basa en varios puntos importantes, que es necesario conocer: las dosis orales, la administración regular, las dosis a la hora de dormir, los fármacos de rescate, la monitorización y los ajustes cuando el medicamento ya no alivia el dolor de la persona enferma, incrementando la dosis, añadiendo otros fármacos o cambiando a un nuevo fármaco ^(3,4,5,6).

Son muchos los factores capaces de modificar el umbral del dolor en este tipo de pacientes, por lo que las dosis deben ser reguladas individualmente y pueden variar mucho entre unos pacientes y otros ^(6,12).

El papel de enfermería en la atención de pacientes en fase terminal de cáncer de cuello uterino intentará cubrir aspectos como es la valoración de las alteraciones en la calidad de vida provocadas por la enfermedad y su tratamiento, la forma cómo afectan al paciente y cómo éste afronta su situación. Además, Enfermería debe colaborar con otros miembros del equipo asistencial para reducir el desgaste, cansancio físico y aumentar la tolerancia tanto del paciente como de los profesionales en situaciones difíciles, entre otros ^(5,6).

La atención y cuidados a las pacientes afectadas por una enfermedad avanzada o terminal como es el cáncer de cérvix y a sus familias, constituyen un reto para el sistema sanitario y para la sociedad en su conjunto. En la fase avanzada de esta enfermedad, los pacientes y sus familias van a requerir una serie de recursos sanitarios, sociales y éticos, donde el objetivo fundamental es aliviar el sufrimiento, conseguir la mayor calidad de vida para el paciente y la familia y ayudar a mantener la dignidad de la persona como ser humano hasta el momento final de su vida ^(7,8).

La OMS define que los Cuidados Paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual ⁽⁹⁾.

Los cuidados paliativos y las decisiones al final de la vida de los enfermos deben realizarse de manera multidisciplinar mediante el establecimiento de programas de diagnóstico y prevención secundarios, cuidados paliativos colaborativos que incluyan a los familiares, atención domiciliaria y en centros tipo "hospice" y rehabilitación ^(10,11).

El 80% de las personas prefiere recibir esta atención en su propio domicilio, por lo que enfermería y el resto de los profesionales sanitarios deben proveer los recursos necesarios para garantizar que esto sea así siempre que sea posible por las condiciones de la persona y el cuidador principal ⁽¹²⁾.

La atención a pacientes crónicos, terminales e inmovilizados que precisan cuidados paliativos se realiza en este ámbito a través de los equipos de atención primaria y equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) cuando la complejidad de la atención, o el propio equipo de primaria, lo requiere ^(13,14).

Tanto a nivel domiciliario, como a nivel hospitalario, existen evidencias de los beneficios de la coordinación con equipos de cuidados paliativos en los pacientes con necesidades de atención más complejas ^(13,14,15).

Ante casos difíciles, un equipo especialmente capacitado en el tratamiento de síntomas complejos puede ayudar a controlar la situación sin necesidad de ingreso ⁽¹⁶⁾.

Las necesidades de una persona con cáncer de cérvix en la etapa final de la vida pueden ser múltiples, cambiantes y plurifactoriales. Son múltiples pues estas enfermas suelen presentar variados y numerosos síntomas y alteraciones. Son cambiantes pues las necesidades en estas pacientes se encuentran en continua y constante transformación, ya que conforme avanza la enfermedad, aparecen diferentes síntomas que limitan la autonomía de la paciente. Son plurifactoriales porque un síntoma o una necesidad alterada pueden deberse a múltiples factores, incluso al tratamiento recibido y conviene analizar perfectamente las causas de cada necesidad para ofertar la solución más precisa y acorde a esa alteración. Esto hace que cada persona afectada requiera un cuidado de enorme complejidad, valorando continuamente y jerarquizando las necesidades a cubrir para establecer unas prioridades de actuación ^(16,17).

El papel de enfermería en la atención de pacientes en fase terminal de cáncer de cuello uterino intentará cubrir aspectos como es la valoración de las alteraciones en la calidad de vida provocadas por la enfermedad y su tratamiento, la forma cómo afecta a la paciente y cómo ésta afronta la situación, además de colaborar con otros miembros del equipo asistencial para reducir el desgaste y cansancio físico tanto de la paciente como del cuidador principal y aumentar la tolerancia mutua en situaciones difíciles, entre otros ^(5,18).

El profesional de enfermería por ser el que más tiempo pasa con la enferma, puede prestar una ayuda muy eficaz en la detección, valoración y manejo de sus síntomas. Sus cuidados se iniciarán con una valoración integral estado general del paciente, de su familia y de su entorno, atendiendo a aspectos físicos, de comodidad, sociales y sobretodo, emocionales, ya que las emociones no controladas influyen negativamente sobre el estado de salud e impiden la adaptación de la paciente a su situación ^(5, 19,20, 21).

Los pacientes en la última etapa de la enfermedad tienen necesidades muy especiales que pueden cubrirse si el enfermero se toma tiempo para escuchar y averiguar cuáles son ⁽²²⁾.

Cicely Saunders, como pionera de los cuidados paliativos, resumió que: "Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad", haciendo patente que la labor de Enfermería es estar junto al que sufre ^(5,23,24).

JUSTIFICACIÓN:

Se ha realizado un Plan de Atención Enfermera a una paciente con cáncer uterino en la última fase de la enfermedad, en su domicilio, ya que resulta fundamental prestar atención a todas las necesidades que van apareciendo en la fase avanzada, y cómo enfermería debe trabajar sobre estas necesidades mediante la aplicación de cuidados paliativos individualizados atendiendo a cada una de las dimensiones de la persona.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar un plan de cuidados dirigido a una paciente oncológica en fase avanzada en su domicilio con la atención coordinada entre el EAP y los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realización de una revisión bibliográfica para la actualización de la evidencia sobre la atención integral a pacientes con cáncer de cérvix en el final de la vida.

4. METODOLOGÍA

Para la actualización de conocimientos sobre el tema se ha realizado una búsqueda bibliográfica durante los meses de enero-abril en las bases de datos más importantes de Ciencias de la Salud: Pubmed, Medline, Cuiden Plus, SciELO, Science Direct y Cochrane, además de Literatura Gris consultada en el repositorio de Zaguán de la Universidad de Zaragoza. Se han utilizado los descriptores MeSH y DeCS, dependiendo de la base de datos. Se han utilizado los siguientes criterios de inclusión: artículos en inglés y en español publicados en los últimos 10 años, de los cuales esté disponibles todo el texto. Además, se han seleccionado artículos fuera de estos años ya que resultaban relevantes para este trabajo. Se han seleccionado estudios descriptivos, de metodología mixta, con participantes especialmente mujeres, en domicilio, los cuales hablen de atención integral y no sólo de tratamientos.

La búsqueda se ha realizado mediante las palabras clave "Cervix Cancer", "Quality of Life", "Palliative Care" y "End of Life". La estrategia de búsqueda se ha llevado a cabo a través del descriptor "AND" de la siguiente manera: "Cervix Cancer" AND "Palliative Care"; "Cervix Cancer" AND "final de la vida"; "Cervix Cancer" AND "Palliative Care" AND "End of Life".

Además, se han aplicado las taxonomías enfermeras internacionales (NANDA, NIC, NOC) que permiten individualizar el plan de cuidados al paciente.

	BÚSQUEDA	ARTICULOS CONSULTADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
BASES DE DATOS	Pubmed Medline Cuiden Plus SciELO Science Direct Cochrane	35	24
REPOSITORIO UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA (ZAGUÁN)	Literatura Gris	6	2
METABUSCADORES	Google Académico	7	4
PÁGINAS WEB	American Cancer Society American Society of Clinical Oncology (ASCO) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)	4	4

5. DESARROLLO

Se plantea el caso de una mujer de 71 años de edad, vive con su marido en su domicilio. Posee una extensa historia oncológica, diagnosticada de Leiomioma uterino desde hace años, encontrándose en la actualidad en un Estadío IV. Como comorbilidades presenta una Insuficiencia Renal Crónica Grado 4 e Hipertensión Arterial.

Su patología le provoca como síntoma principal, episodios muy agudos de dolor, para los que tiene pauta analgesia (Oxicodona cada 12h). Para las enfermedades concomitantes, el tratamiento actual es Omeprazol y diuréticos (Furosema y Espironolactona). La paciente tomaba Amlodipino para regular la TA, pero ella decidió dejar de tomarlo porque no le sentaba bien y asegura que con los diuréticos le es suficiente para mantener la tensión bien regulada.

A pesar de toda su patología es una paciente bastante autónoma en muchos aspectos de la vida diaria y, aunque necesita ayuda para realizar diferentes actividades diarias, puede valerse por sí misma en muchas otras. Anímicamente, en el proceso de su enfermedad está pasando por una fase depresiva, ya que es totalmente consciente de su situación, pero no es capaz de aceptarla.

Es una paciente cuyo seguimiento es llevado por Atención Primaria y por los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.

Durante las visitas que se han realizado a la paciente, se ha observado una actitud "dominante" hacia su marido, ya que siempre ha debido ser la encargada de llevar las riendas en su familia y ahora no quiere aceptar que necesita ayuda en ciertos aspectos de su vida.

Llama la atención como el marido de la paciente muestra bastante interés por la salud de su mujer, ya que en cierto modo se puede ver que es bastante dependiente de ella, pero la paciente presenta una actitud cortante cuando él intenta preguntar por su salud, evitando que éste se implique.

Se han elegido unos diagnósticos individualizados y adaptados a las características de esta paciente, así como unos resultados e intervenciones de acuerdo a sus síntomas, atendiendo a las dimensiones tanto físicas como emocionales que presenta por su enfermedad. También se ha trabajado sobre la relación con su marido para evitar el posible duelo patológico que éste puede presentar cuando fallezca su mujer.

La situación basal del paciente el día que la conocemos es la siguiente:

ESCALAS	VALORACIÓN	PUNTUACIÓN	ANEXO
ECOG	Valoración General	2	Anexo 1
LAWTON Y BRODY	Valoración Instrumental	4/8	Anexo 2
BARTHEL	Valoración Autonomía	35 (dependencia severa)	Anexo 3
ESAS	Valoración estado de los síntomas	61	Anexo 4
PFEIFFER	Valoración estado cognitivo	6 errores	Anexo 5
ZARIT	Valoración del cuidador	>56: sobrecarga intensa	Anexo 6

Para la realización del Plan de Cuidados y revisión de su historia clínica se obtiene el consentimiento verbal de la paciente, así como del cuidador principal.

6. VALORACIÓN

Valoración realizada según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, ya que este modelo expone de manera clara, el rol autónomo de la enfermera y la especificidad de su servicio. Se adapta muy bien a la realidad sanitaria de nuestro país, ya que a la función propia de la enfermera (autónoma), contempla la interdependencia de ésta con respecto a otras profesiones (de colaboración), considerando que el ejercicio profesional de Enfermería, como un servicio único y separado del resto de los profesionales de la salud, no tiene ningún sentido ⁽²⁴⁾.

Basándonos en estas 14 necesidades se ha realizado una división de éstas en diferentes dimensiones: dimensión física, dimensión emocional, dimensión social y dimensión familiar, destacando de cada dimensión las manifestaciones de dependencia más claras de la paciente. (Anexo 7)

En la dimensión física, cabría destacar que la paciente presenta episodios muy agudos de dolor, el cual pertenece a la necesidad básica de "evitar peligros", siendo tratado con analgesia (Oxicodona cada 12h), y en consecuencia de este dolor, además de sus preocupaciones, presenta insomnio y falta de descanso, el cual según Virginia Henderson estaría clasificado en la necesidad básica de "descanso y sueño"

En cuanto a la dimensión emocional encontramos una dificultad de comunicación con los demás, la paciente presenta un estado anímico muy bajo (depresión) y eso le dificulta la convivencia con su marido.

Al analizar la dimensión social encontramos aislamiento, ya que la paciente lleva años sin salir de casa, solamente se relaciona con su marido, el cual vive con ella, y su hija y nietos que van a verla todas las semanas. Pertenecería a la necesidad básica de "ocuparse y realizarse".

Por último, analizando la dimensión familiar, y más detalladamente la relación con el cuidador (su marido) encontramos un riesgo de claudicación ya que se dedica las 24h del día al cuidado y atención de su mujer.

7. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PLANIFICACIÓN

Tras haber realizado una correcta y precisa fase de valoración, se detecta en la paciente y su familia los siguientes diagnósticos NANDA de Enfermería, así como los resultados (NOC) e intervenciones enfermeras (NIC) que precisan ^(5,26,27).

El plan de cuidados se plantea de forma holística y continuada, de acuerdo a las necesidades emocionales y preferencias de la paciente, conservando su autonomía y la toma de decisiones, para facilitar la participación activa del enfermo en su proceso de enfermedad ⁽²⁸⁾.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES(NIC)
00053 AISLAMIENTO SOCIAL	2002 Bienestar Personal	5390 Potenciación de la autoconciencia
00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	1205 Autoestima 3009 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico	5400 Potenciación de la autoestima 5230 Mejorar afrontamiento
00133 DOLOR CRÓNICO	3016 Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor	1400 Manejo del dolor
00093 FATIGA	0008 Fatiga: efectos nocivos	1800 Ayuda con el autocuidado 0180 Manejo de la energía

00095 INSOMNIO	2103 Severidad de los síntomas	1850 Mejorar el sueño
00172 RIESGO DE DUELO COMPLICADO	2603 Integridad de la familia 2210 Resistencia del papel de cuidador	5290 Facilitar el duelo 7170 Facilitar la presencia de la familia 5270 Apoyo emocional

00053 AISLAMIENTO SOCIAL

Aislamiento social r/c alteración del estado de bienestar m/p búsqueda de soledad

Objetivo: la paciente será capaz de verbalizar su propia situación y expresar sus emociones

Resultados (NOC)

2002 Bienestar personal

INDICADORES:

200202	Salud psicológica
200207	Capacidad de afrontamiento
200210	Capacidad para expresar emociones

Intervenciones(NIC)

5390 Potenciación de la autoconciencia

ACTIVIDADES:

- Ayudar al paciente a identificar las prioridades en la vida
- Ayudar al paciente a aceptar su dependencia de otros, siempre fomentando su autonomía durante el mayor tiempo posible.

00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

Baja autoestima situacional r/c deterioro funcional m/p evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos.

Objetivo: Proporcionar a la paciente información suficiente sobre su enfermedad que le permita controlar su situación

Resultados (NOC)

1205 Autoestima

INDICADORES:

120501	Verbalizaciones de autoaceptación
120507	Comunicación abierta
120502	Aceptación de las propias limitaciones
120511	Nivel de confianza
120519	Sentimientos sobre su propia persona

3009 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico

INDICADORES:

300901	Información proporcionada sobre el curso de la enfermedad
300907	Apoyo emocional proporcionado
300913	Apoyo para expresar sentimientos

Intervenciones (NIC)

5400 Potenciación de la autoestima

ACTIVIDADES:

- Observar las frases del paciente sobre su propia autovalía y su enfermedad
- Animarle a identificar sus virtudes y sus puntos fuertes, así como a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
- Proporcionar experiencias que aumenten su autonomía
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta, así como un ambiente y actividades que favorezcan a ello.
- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede

5230 Mejorar el afrontamiento

ACTIVIDADES:

- Ayudarle a que verbalice y elabore las pérdidas (delgadez, caída del pelo, amputaciones, proyectos...) debidas a la enfermedad.
- Ayudarle a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.

00133 DOLOR CRÓNICO

Dolor crónico r/c incapacidad física crónica m/p irritabilidad y depresión

Objetivo: Proporcionar a la paciente información suficiente sobre el tipo de dolor que sufre, sobre el tratamiento pautado para controlar ese dolor y los efectos secundarios derivados de ese tratamiento.

Resultados (NOC)

3016 Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor

INDICADORES:

301601	Nivel de dolor controlado regularmente
301603	Control de los efectos secundarios de la medicación
301604	Acciones tomadas para proporcionar comodidad
301607	Consideraciones de las preferencias personales
301615	Los profesionales sanitarios trabajan como un equipo para manejar el dolor

Intervenciones (NIC)

1400 Manejo del dolor

ACTIVIDADES:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no puedan comunicarse eficazmente
- Asegurarse que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes, así como evaluar su eficacia.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles)
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos)
- Enseñar los principios del manejo del dolor
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescrito
- Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor cuando corresponda

00093 FATIGA

Fatiga r/c depresión, malestar físico y estado de enfermedad m/p cansancio y desinterés por el entorno

Objetivo: Proporcionar información a la paciente sobre su proceso de enfermedad

Resultados (NOC)

0008 Fatiga: efectos nocivos

INDICADORES:

000801	Malestar
000802	Apatía
000803	Disminución de la energía
000804	Interferencia con las actividades de la vida diaria
000821	Deterioro del estado de ánimo
000823	Comorbilidad psicológica.

Intervenciones (NIC)

1800 Ayuda con el autocuidado

ACTIVIDADES:

- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia
- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad

0180 Manejo de la energía

ACTIVIDADES:

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Determinar la percepción de las causas de fatiga por parte del paciente/allegados.
- Ayudar al paciente a programar períodos de descanso y actividad
- Instruir al paciente/ser querido a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad
- Ayudar en las actividades físicas normales, si resulta necesario.

00095 INSOMNIO

Insomnio r/c malestar físico y depresión m/p expresa dificultad para conciliar el sueño, así como quejas verbales de no sentirse bien descansado

Objetivo: La paciente será capaz de identificar los factores relacionados con el insomnio y será capaz de intervenir sobre ellos

Resultados (NOC)

2103 Severidad de los síntomas

INDICADORES:

210301	Intensidad del síntoma
210304	Malestar asociado
210305	Inquietud asociada
210306	Temor asociado
210307	Ansiedad
210312	Disfrute de la vida comprometido

Intervenciones (NIC)

1850 Mejorar el sueño

ACTIVIDADES:

- Determinar el patrón de sueño/ vigilia del paciente
- Determinar los efectos que tiene la mediación en el patrón de sueño
- Comprobar el patrón de sueño y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño, así como el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente
- Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

00172 RIESGO DE DUELO COMPLICADO

Riesgo de duelo complicado r/c muerte de una persona significativa

Objetivo: El cuidador será capaz de aceptar la situación de su mujer y llevar a cabo su propio autocuidado

Resultados (NOC)

2603 Integridad de la familia

INDICADORES:

260305	Interacciona frecuentemente con toda la familia
260308	Implica a los miembros en la resolución de conflictos

2210 Resistencia del papel de cuidador

INDICADORES:

221001	Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados
221008	Descanso para el cuidador familiar
221012	Apoyo del profesional sanitario al cuidador

Intervenciones (NIC)

5290 Facilitar el duelo

ACTIVIDADES:

- Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.
- Escuchar las expresiones de duelo.
- Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida, tanto pasados como actuales.

- Fomentar la identificación de los miedos más profundos respecto a la pérdida.
- Explicar las fases del proceso del duelo, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de afrontamiento.
- Utilizar palabras claras como muerte o muerto, en lugar de eufemismos.
- Apoyar los progresos conseguidos en el proceso de duelo.

7170 Facilitar la presencia de la familia

ACTIVIDADES:

- Presentarse y presentar a otros miembros del equipo de apoyo a la familia y al paciente.
- Comunicar de manera oportuna la información respecto al estado actual del paciente.
- Asegurar a la familia que se esta dando la mejor atención posible al paciente.
- Determinar las necesidades de apoyo emocional, físico, psicosocial y espiritual del paciente y la familia y tomar las medidas oportunas para satisfacer dichas necesidades, según corresponda...
- Ofrecer y suministrar medidas de confort y apoyo, incluidas la derivación a otros servicios adecuados, si es necesario.

5270 Apoyo emocional

ACTIVIDADES:

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Abrazar o tocar al paciente para mostrarle apoyo.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimiento y creencias.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de la fase del sentimiento de duelo.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

8. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

La programación de visitas al domicilio de la paciente será tres veces por semana, lunes, miércoles y viernes, coordinando, al menos, una de esas visitas, el personal de Atención primaria y el de los ESAD, haciendo hincapié en todas las actividades que se han descrito anteriormente, tanto dirigidas a ella como al cuidador principal.

La evolución se irá describiendo en el registro de enfermería para llevar a cabo un seguimiento y se irá evaluando a través de los indicadores descritos anteriormente.

Al tratarse de cuidados paliativos, estas actividades, posiblemente, varíen a corto plazo, ya que los cambios pueden ser muy notables en muy poco tiempo, y los objetivos no pueden marcarse a largo plazo.

9. CONCLUSIONES

- La planificación en Cuidados Paliativos puede variar en un corto plazo de tiempo ya que el estado del paciente es cambiante y por lo tanto, los objetivos también se modifican.
- Existe una necesidad de mejorar la coordinación entre los diferentes equipos asistenciales (Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria y Atención Primaria).
- El control sintomático en estos pacientes es fundamental, su monitorización ha de ser continua y todo ello garantizaría una mejora en la calidad de vida del paciente.
- Es de una gran importancia la integración del cuidador principal, así como su valoración, tanto como la de la paciente.
- Enfermería debe conocer la fase de la enfermedad en la que se encuentra la paciente y atender a las diferentes dimensiones.
- En los pacientes al final de la vida, a pesar de haber síntomas comunes y muy habituales, estandarizar es muy complejo ya que cada paciente es muy diferente.

10.BIBLIOGRAFÍA

- (1) Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana contra el cáncer. American Cancer Society. [Internet] Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>
- (2) American Society of Clinical Oncology. [Internet] 2008. Disponible en :<https://www.cancer.net/es/tipos-de-cáncer/cancer-de-cuello-uterino/s%C3%ADntomas-y-signos>
- (3) M.Vázquez Rodríguez, R.Vidal Hernández, M. Pardo Pumar et al. Leiomiomas uterino: tumoración abdominal de rápido crecimiento. Clin Invest Gin Obst. 2009; 36(6):215-218
- (4) Cristina Herdman, Karen Levin M, Ilana Dzuba, Wendy Castro, Ketra Muhombe, John Sellors et al. Cuidado Paliativo para mujeres con Cáncer de Cuello uterino: un manual para personal de salud que trabaja en la comunidad. [Internet] Kenia. PATH; Marzo 2018. Disponible en: https://www.path.org/publications/files/RH_palliative_care_part1_sp.pdf
- (5) Astudillo W, Orbegoza A, Latiegi A, Urdaneta E. Cuidados paliativos en Enfermería. Donostia: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2003;15
- (6) J. Davis. A. Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. Enferm Clínica. 1999; 1(9): 21-28
- (7) Watson M, Lucas C, Hoy A, et al. Manual Oxford de cuidados paliativos. Ed. española. Madrid: Grupo Aula Médica; 2008.
- (8) T. Vega, E. Arrieta, J. Lozano, M. Miralles et al. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en domicilio. Gac Sanit. 2011; 25(3): 205-210
- (9) Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos 804, 1990,45-72

- (10) Crossno RJ. Dying in the emergency department. What emergency physicians should know about palliative medicine. *Top Emerg Med.* 2004;26:19-28.
- (11) Davidson PM, Paull G, Intronta K et al. Integrated collaborative palliative care in heart failure. The St. George Heart Failure Service Experience 1999-2002. *J Cardio-vasc Nur* 2004;19:68-75
- (12) Compromiso para mejorar la atención a las personas en el final de la vida. SECPAL [Internet] 2015. Disponible en: http://www.secpal.com//Documentos/Blog/Compromiso_atención_final_de_la_vida_DiaMundialCCPP_2015_entidadesdef.pdf
- (13) Zamora-Mur A., Zamora- Catevilla A., García-Foncillas R., et al. Specialized home care for patients with dementia. *Med Paliat.* 2017; 25 (1): 22-29.
- (14) Higginson I, Finlay I, Goodwin DM, Hood K, Edwards AG, Cook A, et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage.* 2003; 25:150-68.
- (15) Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. SANIDAD 2010-2014. Ministerio de sanidad y consumo. [citado Feb 2018]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOSPALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>
- (16) Rocafort Gil J., E. Herrera Molina, F. Fernández Bermejo et al. Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de Atención Primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. *Aten Primaria.* 2006; 38 (6) :316-323
- (17) Espert A. Los cuidados de confort en el final de la vida: responsabilidad enfermera. SECPAL [Internet]. 2005: 1-26. Disponible en: http://www.secpal.com//Documentos/Blog/archivo_225.pdf
- (18) Anne J. Davis. Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. *Enferm Clínica.* 1999; 1(9): 21-28

- (19) 20 Chapman C.R., Gravrin J. Suffering and its relationship to pain. J. Palliative care, 1993; :2,5-13
- (20) Barbero J, Díaz L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. Anales Sis San Navarra (Pamplona).2007;30(3):71-86
- (21) Alcántara M.F., García Caro M.P., Pérez-Marfil M.N., Cruz Quintana F. Experiencias y obstáculos de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida. Anal Psicol .2013;29(1)
- (22) Kubler-Ross E. "Sobre la muerte y los moribundos" Barcelona. Ed. Grijalbo. 1993
- (23) Hanks G, Forbes K. Pain. 2005; 118(3):283-284.
- (24) Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). Nursing care process. Rev. Salud Pública Parag. 2013; 3(1):41-48
- (25) Herdman TH. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
- (26) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. Barcelona: Elsevier; 2013.
- (27) Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier; 2013.
- (28) Protocolo y guía de intervención psicológica con pacientes terminales: Una aproximación desde los servicios sociales comunitarios del medio rural. Instituto Provincial de Bienestar Social Diputación de Córdoba. Octubre 2009. (26-47; 73-90)
- (29) Vicente Pardo J. Impacto del dolor en la capacidad laboral. Metodología de Valoración. Grados funcionales de limitación. Med. Segur. Trab. 2014;69 (234).
- (30) Martín-Lesende I, Ortiz-Lebanigos I, Montalvillo-Delgado E, Pérez-Abad M, Sánchez-Junquera P, Rodríguez-Andrés C. Identification of Items for Creating a Questionnaire for the Assessment of Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in Elderly Patients. Aten Primaria. 2006; 37(313):7

- (31) Martínez-Martín P, Fernández-Mayoralas G, Frades-Payo B, Rojo Pérez F, Petidier R, Rodríguez Rodríguez V, et al. Validation of the Functional Independence Scale. Gac Sanit. 2009; 23(1).
- (32) Carvajal Valcárcel A, Martínez García M, Centeno Cortes C. Versión española del Edmonton Symptom Assessment Sytem (ESAS): un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado. MEDIPAL. 2013; 20(4):9.
- (33) Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975 Oct;23(10):433-41
- (34) Hayo Breinbauer K, Hugo Vásquez V, Sebastián Mayanz S, Claudia Guerra, Teresa Millán K. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Méd Chile. 2009; 137(5): 657-665.

ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA ECOG. Referencia 29 en la bibliografía.

ECOG 0:	El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
ECOG 1:	El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.
ECOG 2:	El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.
ECOG 3:	El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse.
ECOG 4:	El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.
ECOG 5:	Paciente fallecido.

ANEXO 2: ESCALA DE LAWTON Y BRODY. Referencia 30 en la bibliografía.

TABLA 1 Índice de Lawton y Brody			
Cuidar la casa		Uso del teléfono	
Cuida la casa sin ayuda	1	Capaz de utilizarlo sin problemas	1
Hace todo, menos el trabajo pesado	1	Sólo para lugares muy familiares	1
Tareas ligeras únicamente	1	Puede contestar pero no llamar	1
Necesita ayuda para todas las tareas	1	Incapaz de utilizarlo	0
Incapaz de hacer nada	0	Uso del transporte	
Lavado de ropa		Viaja en transporte público o conduce	1
La realiza personalmente	1	Sólo en taxi, no en autobús	1
Sólo lava pequeñas prendas	1	Necesita acompañamiento	0
Es incapaz de lavar	0	Incapaz de usarlo	0
Preparación de la comida		Uso del dinero	
Planea, prepara y sirve sin ayuda	1	Lleva cuentas, va a bancos, etc.	1
Prepara si le dan los ingredientes	0	Sólo utiliza cuentas sencillas	1
Prepara platos precocinados	0	Incapaz de utilizar dinero	0
Tienen que darle la comida hecha	0	Responsable de medicamentos	
Ir de compras		Responsable de su medicación	1
Lo hace sin ninguna ayuda	1	Hay que preparárselos	0
Sólo hace pequeñas compras	0	Incapaz de hacerlo por sí solo	0
Tienen que acompañarle	0		
Es incapaz de ir de compras	0		

ANEXO 3: ÍNDICE DE BARTHEL. Referencia 31 en la bibliografía.

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Puntuación: 5,0,5,0,5,0,5,5,10: 35 (Dependencia severa)

ANEXO 4: Escala ESAS. Referencia 32 en la bibliografía.

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma	
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor	9
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio	8
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea	3
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión	9
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad	5
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia	5
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito	5
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar	7
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire	8
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir	3
			4

ANEXO 5: Test de Pfeiffer. Referencia 33 en la bibliografía.

ÍTEMS	ERRORES
¿Qué día es hoy? Día-mes-año-	1
¿Qué día de la semana es hoy?	0
¿Dónde estamos ahora?	0
¿Cuál es su número de tfno.?	1
¿Cuál es su dirección?	0
¿Cuántos años tiene?	1
¿Cuál es su fecha de nacimiento? Día-mes-año-	0
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	1
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	1
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre? Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0.	1

ANEXO 6: TEST DE ZARIT. Referencia 34 en la bibliografía.

Anexo 1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, versiones original (todos los ítems) y abreviada (ítems en gris)

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3 Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 46), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

** Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 16) y "sobrecarga intensa" (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

ANEXO 7: VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON. Fuente de elaboración propia.

NECESIDAD VIRGINIA HENDERSON	ALTERACIONES
OXIGENACIÓN	No presenta.
NUTRICIÓN	No presenta.
ELIMINACIÓN	No presenta.
MOVILIDAD Y MANTENER POSTURA ADECUADA	No presenta.
DESCANSO Y SUEÑO	Preocupaciones que le causan insomnio. Descanso no efectivo.
USO VESTIMENTA ADECUADA	No presenta.
TERMORREGULACIÓN	No presenta.
MANTENER HIGIENE CORPORAL	No presenta.
EVITAR PELIGROS DEL ENTORNO	Episodios muy agudos de dolor
COMUNICARSE	Déficit de comunicación con su marido y familia, lo que dificulta la convivencia.
VIVIR DE ACUERDO A CREENCIAS RELIGIOSAS	No presenta.
OCUPARSE Y REALIZARSE	Aislamiento en casa desde hace años, no se relaciona con nadie que no sea su marido o familia cuando va a verla.
APRENDIZAJE	No presenta.
PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE OCIO Y RECREACIÓN	No participa en ninguna actividad recreativa.